QUELQUES OBSERVATIONS

N° 7

DE

COLOTOMIE ILIAQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 15 décembre 1888

PAR

E. MOLINIÉ

Né à Hérépian (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	MESSIEURS :
Physique médicale.	MOITESSIER (✲)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✲).
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✲).
Anatomie.	PAULET.
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Chargé du cours).	MAIRET.
Botan. et Hist. Nat. méd (ch. de c.)	GRANEL.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲), DUPRÉ (✲ C ✠), CAVALIER (✲).

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✲), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
BIMAR.	GRANEL.	GILIS.
MOSSÉ (✲).	BOINET.	IMBERT.
REGIMBEAU (✲).	BROUSSE.	
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	
VILLE.	GERBAUD.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse:

MM. TÉDENAT, *président.*
DUBRUEIL, professeur.
GAYRAUD, agrégé.
GILIS, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire
de mon grand-père et de ma grand'mère VIDAL

—

A mon grand-père et à ma grand'mère MOLINIÉ

A MON PÈRE et A MA MÈRE

E. MOLINIÉ.

A MON FRÈRE et A MA BELLE-SŒUR

A MA TANTE

E. MOLINIÉ.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur TÉDENAT

A Monsieur le Professeur GRASSET

A Messieurs les Docteurs AMALRIC, MÉNARD, PRIVAT

E. MOLINIÉ.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A mes Amis A. BOULOUYS, Ach. GAILLARD
et les Docteurs J. LAPEYRE et V. MAUZAC

MEIS ET AMICIS

E. MOLINIÉ.

INTRODUCTION.

En suivant le service des hôpitaux, nous avons toujours été frappé par les douleurs intolérables qu'éprouvent les malades atteints de cancer du rectum et surtout avec obstruction anale. Il se produit chez eux une série de phénomènes qui transforment leur existence en un long martyre et contribuent presque autant que la lésion principale à amener une mort rapide.

L'irritation produite par le contact du néoplasme avec les matières fécales, le ténesme constant, le besoin incessant d'aller à la garde-robe fatiguent ces malheureux, les torturent, les épuisent et produisent par suite un état de faiblesse extrême qui précipite le dénouement fatal. D'autres symptômes accompagnent et viennent compléter le tableau navrant de cette triste affection, ce sont: la tension du ventre, qui le rend sensible à tel point que la main, appliquée sur lui, provoque des cris, la tympanite, la dysurie ou miction extrêmement difficile et douloureuse, pesanteur au fondement, douleurs atroces dans les lombes, douleurs lancinantes dans les cuisses, etc.

L'opération de la colotomie, si elle n'arrive pas toujours à produire une guérison complète, réussit cependant, dans bien des cas, à amoindrir des maux qui étaient jusqu'alors insupportables et à prolonger une existence dont l'issue était sûrement prochaine.

Voilà ce que nous avons vu, et voilà ce que nous rapportons ici.

Nous n'avons pas la prétention de faire foi ni école; c'est

le simple résultat de nos observations que nous voulons consigner dans ce modeste travail, l'expérience personnelle et la libre pratique nous faisant complètement défaut.

Dans un premier chapitre, nous nous bornerons à exposer l'historique de la colotomie. Ici, comme dans toutes les questions de l'histoire de la médecine en général, nous trouvons en première ligne les noms illustres de Broussonnet père, Dumas, Lallemand, Boyer, Bouisson, etc., etc., qui tantôt écrivant eux-mêmes, tantôt inspirant les travaux de leurs élèves (thèse de Serand et de Roux), ont contribué à donner tant d'éclat à notre vieille école de Montpellier.

Dans un deuxième chapitre, nous exposerons les indications et les contre-indications de la colotomie. Ennemi de toute idée préconçue et de toute opinion extrême, nous conviendrons avec les Allemands qu'il est absolument inutile dans certaines circonstances de pratiquer cette opération, tandis que, dans d'autres, elle s'impose et est même, comme le prétendent les chirurgiens anglais, le seul traitement à employer dans bien des cas malheureusement trop nombreux.

Trop inexpérimenté pour oser émettre un avis avec MM. Verneuil, Reclus, Trélat, etc., dans la grande discussion qui a eu lieu sur le choix de la région où le chirurgien doit établir l'anus artificiel, nous nous sommes contenté de relater dans le troisième chapitre les divers arguments exposés dans les ouvrages de ces grands Maîtres pour combattre ou pour défendre l'une et l'autre colotomie.

Dans le quatrième chapitre, nous exposerons le manuel opératoire. Laissant de côté les nombreuses modifications apportées successivement à l'opération primitive de Littre, nous arriverons tout de suite à Nélaton et à Verneuil qui, les premiers, ont formulé des règles précises et dont les méthodes sont les seules suivies aujourd'hui.

Chemin faisant, nous parlerons d'une modification créée et mise en pratique par M. le professeur Tédenat.

Puis viendront les observations, dont une partie due à l'obligeance accoutumée de nos amis MM. les docteurs Lassalle et Rauzier.

Nous ne saurions commencer ce travail sans adresser tous nos remerciements à M. le professeur Tédenat, qui nous a suggéré l'idée de notre thèse, nous a fourni les indications nécessaires et dont les savants conseils ne nous ont jamais fait défaut.

Que notre ami M. le docteur Girod reçoive aussi l'expression de notre gratitude pour ses intéressantes recherches dont il a bien voulu nous communiquer les résultats.

QUELQUES OBSERVATIONS

DE COLOTOMIE ILIAQUE

HISTORIQUE.

Avant Littre, Scultet (1653) et Saviard (1702) avaient déjà parlé des vices de conformation et d'anus artificiel, et avaient même publié des observations ; mais Littre, en 1712, fut le premier à proposer une opération d'une façon très vague, il est vrai, car d'après le texte exact exhumé par L.-H. Petit, le célèbre chirurgien se demande simplement si, chez les enfants imperforés, il ne faudrait pas « faire une »incision à un des côtés du ventre, près le muscle droit, en »suivant sa direction, en commençant au-dessous du nombril »et finissant à l'os du pubis du même côté, conduire le bout »supérieur du boyau au bord extérieur de la plaie du ventre »et l'y maintenir par des moyens de fils et de bandages, »jusqu'à ce qu'il soit devenu adhérent par le sus nourricier.»

Cette idée fut d'abord combattue, et Hévin, dans le Mémoire de l'Académie royale de chirurgie, disait, en parlant de l'opération de Littre et de la suture des deux bouts de l'intestin, selon la méthode de Randohr:« On peut dire que ce

»sont là de ces moyens douteux que l'on préfère, peut-être à »tort, à une complète inaction.»

J.-L. Petit, Van Swieten et Bertin même, en 1771, ne furent pas non plus partisans de cette intervention chirurgicale.

Vers cette même époque, Renault, maître en chirurgie à Joinville, en Champagne, pratiqua cette opération à l'occasion d'une obstruction intestinale persistant après une opération de hernie étranglée, et en même temps Pillore, de Rouen, mit en pratique l'idée de Littre sur un malade affecté de squirrhe de l'*S* iliaque, du côlon et de la partie supérieure du rectum; mais le chirurgien de Rouen dut ouvrir le cœcum, tandis que, en opérant suivant la méthode de Littre, c'est l'*S* iliaque que l'on a l'habitude de rechercher.

En 1772, Renault fit une colotomie pour laquelle l'Académie décerna une médaille d'or. Le malade avait eu une hernie étranglée, terminée par gangrène et anus contre nature. Cet anus guérit au bout d'un certain temps, et il advint qu'à son niveau se fit un engorgement qui arrêta le cours des matières, d'où les symptômes ordinaires de l'obstruction. Renault fit disparaître le danger en incisant directement l'intestin au niveau de la partie saillante.

Antoine Dubois, en 1783, fut le premier à faire cette opération sur un enfant, opération qui n'eut pas de résultats heureux, puisque l'enfant mourut au bout de 48 heures. Le premier succès complet fut obtenu par Duret, de Brest, le 18 octobre 1793, en opérant un enfant de 2 jours, enfant qui vécut jusqu'à l'âge de 43 ans, ainsi que nous l'apprend M. Sérand dans sa thèse inaugurale soutenue à Montpellier en 1814.

En 1794, Desault fit un anus contre nature, sans suture, par le procédé de Littre. Le malade mourut des suites de l'opération.

Nous retrouvons, en 1797, un rapport de M. Dumas, de Montpellier, où il essaie de propager l'idée de créer un anus

contre nature. Voici d'ailleurs les paroles textuelles (Extrait d'un rapport de Dumas, lu à la Société de médecine de Paris, le 22 messidor an V (1797). Recueil périodique de la Société de médecine de Paris). Il cite, à propos d'un moyen de remédier à l'imperforation de l'anus chez les enfants, les quelques lignes suivantes écrites à l'occasion de la mort d'un enfant qu'il soignait, concurremment avec son collègue le chirurgien Estor, et que ce dernier avait refusé d'opérer :

«Les cas où un anus artificiel offrirait une ressource heu»reuse sont plus communs qu'on ne pense. Une telle opé»ration ne serait-elle pas un bienfait dans cette maladie »presque toujours incurable, qui consiste dans un rétrécis»sement du rectum, à quelques pouces au-dessus du sphincter »de l'anus, lequel ne laisse de passage qu'aux excréments »liquides? Ruisch, Bonnet, Morgagni en ont cité beaucoup »d'exemples.... Broussonnet père, professeur de l'ancienne »Université de Montpellier, a eu l'occasion de l'observer deux »fois, et il est parvenu à la guérison par l'usage non inter»rompu de lavements et de boissons d'eau froide.... Les »auteurs regardent cette maladie comme incurable ; ils se »bornent à proposer des moyens palliatifs. Je ne doute pas »que l'établissement d'un anus artificiel ne réussît mieux à »prévenir les suites fâcheuses de cette affection et à suspen»dre au moins la mort du malade, devenue nécessaire sans »ce secours.» Dumas eut l'honneur de voir son Mémoire pris en considération ; plusieurs médecins furent chargés de l'examiner et d'en donner un compte-rendu à la Société.

La même année, Five, de Genève, soutenait que la colotomie lombaire était supérieure à la colotomie iliaque et créait ainsi une source de discussions qui, près d'un siècle plus tard, n'ont pas encore pris fin. Après Five, Callisen

donna son nom à ce nouveau procédé opératoire et en fixa les règles.

En 1818, Dupuytren ouvrait le cœcum dans un cas d'imperforation anale. Ce fut la période des grandes discussions avec Desault, Miriel, et Hugier qui, pris d'un trop grand zèle pour la nouvelle méthode, alla jusqu'à soutenir une erreur anatomique, en affirmant que chez le nouveau-né l'*S* iliaque était toujours à droite et que c'était par conséquent de ce côté qu'il fallait toujours opérer. Cette opinion fut combattue par Giraldès, Curling et M. A. Bourcaut, dans sa thèse inaugurale, qui démontrèrent par des statistiques que trouver l'*S* iliaque à droite, c'était là l'exception et non la règle. Guyon, à propos de la théorie préconisée par Hugier, écrivait: «Ce»pendant, en se plaçant au point de vue anatomique pur, je »dirai que, pour ma part, j'ai pu, toutes les fois que j'ai dis»tendu l'intestin, faire remonter dans la fosse iliaque droite »la moitié inférieure de la double courbure que décrit l'*S* »iliaque. Chez le nouveau-né, elle pend d'habitude dans le »bassin, et, s'y trouvant trop à l'étroit lorsqu'elle est disten»due, elle vient presque invariablement se loger dans la fosse »iliaque droite, reproduisant ainsi la disposition indiquée par »H. Hugier.»

Les chirurgiens qui, après Callisen, furent partisans de la colotomie lombaire, s'appuyaient surtout sur la gravité de la lésion péritonéale, et Amussat, en remettant en lumière le procédé de Callisen (procédé que Callisen n'a jamais exécuté) et en le modifiant profondément, prétendit avoir trouvé une opération beaucoup moins dangereuse et beaucoup plus facile, «car, disait-il, l'intestin peut être atteint plus commo»dément en opérant dans la région lombaire qu'en opérant »dans la région iliaque.» Malheureusement, pour ce grand chirurgien, l'expérience ne corrobora pas toujours ses asser-

tions; car il lui arriva une fois de diviser le rein, alors qu'il croyait ouvrir l'intestin, et, dans une autre circonstance, il entama la capsule surrénale.

Enfin, à ces travaux se rattachent les noms de Vidal de Cassis, de Roux (thèse inaugurale soutenue à Montpellier en 1844) et Bouisson (thèse du concours contre Nélaton, Paris 1851).

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

Si les Français peuvent s'attribuer la plus grande part dans les origines de la colotomie et le perfectionnement de son manuel opératoire, les étrangers, et les Anglais en première ligne, peuvent revendiquer l'honneur d'avoir vulgarisé cette opération et d'avoir songé à la pratiquer dans un grand nombre de circonstances où tout le monde reconnaît aujourd'hui son utilité. En effet, tandis qu'en France on ne faisait la colotomie que pour les cas d'imperforation anale ou d'obstruction intestinale, les chirurgiens d'Outre-Manche non seulement l'ont étendue à toutes les maladies graves du rectum et au traitement des fistules recto-vaginales et vésico-intestinales, mais encore ils l'ont considérée comme le seul traitement rationnel dans presque tous les cas de cancer du rectum.

Les Anglais ne pratiquent que fort rarement l'ablation de la tumeur, et hésitent même à attaquer les cancers tout à fait à leur début, alors que le doigt, introduit dans le rectum, atteint facilement les limites supérieures de la tumeur, alors que celle-ci n'a pas dépassé la paroi de l'intestin encore mobile sur les tissus environnants, alors qu'en un mot le néoplasme est peu étendu et sans adhérences. Curling, dans un article du journal *The Lancet*, mars 1858, condamne cette opération «qui, dit-il, expose à l'incontinence et au rétré-»cissement, et est fatalement suivie de récidive.»

Les Allemands, au contraire, tombent dans l'excès opposé et extirpent toujours le cancer du rectum. Ils n'hésitent même pas devant une tumeur envahissante qui a déjà altéré les organes voisins. Volkman ne craint pas, au besoin, d'at-

taquer une tumeur qui a atteint la vessie, et Bardenheuer raconte qu'en se donnant du jour par la résection du coccyx, il a pu extirper un cancer de l'*S* iliaque situé à 30 centimètres de l'anus et suturer le rectum à la partie inférieure du côlon. Kœnig, de Gœttingue, non seulement ouvre le péritoine, mais encore va au-dessus du cancer couper le rectum entre deux ligatures pour l'abaisser ensuite et suturer la partie saine avec la peau. Le malade meurt, et à l'autopsie on trouve un vaste abcès stercoral dans le tissu cellulaire du petit bassin, mais il n'y a pas eu de péritonite, et l'auteur, trouvant ce résultat relativement heureux, recommande cette opération à la fois intra et extra-péritonéale.

A notre avis, la vérité n'est dans aucune de ces deux opinions extrêmes, et nous ne sommes partisan ni de l'extirpation sans mesures, ni de la réserve prudente des Anglais, considérant comme de véritables guérisons les cas rapportés par Jules et Eugène Bœckel et Volkman, dans lesquels la récidive n'eut lieu qu'au bout de 4 et 6 ans. Pour nous, il y a des cancers du rectum qui peuvent être enlevés sans qu'il soit utile de pratiquer la colotomie ; d'autres nécessitent cette opération palliative préalable ; enfin, il y a des tumeurs cancéreuses auxquelles on doit s'abstenir de toucher, et le chirurgien, en cette circonstance, ne devra s'occuper que de combattre, par la création d'un anus artificiel, les phénomènes graves de l'obstruction produite par la tumeur.

En effet, étant donné que presque tous les auteurs sont d'accord, aujourd'hui, sur le principe de l'intervention dans certains cas de carcinome du rectum et qu'ils reconnaissent l'extirpation comme un moyen *de cure radicale*, nous ne voyons pas, avec les Allemands, dans un cas de tumeur très peu étendue en hauteur, en surface et n'ayant aucune adhérence avec les organes voisins, l'utilité d'une seconde opéra-

tion qui n'aurait pour résultat que de faire courir un double danger au malade et de le doter d'une nouvelle infirmité.

Mais à côté de ces cas si simples, il y a des circonstances dans lesquelles la colotomie s'imposera, bien que le cancer paraisse et soit en réalité facilement limité par le toucher, bien que le chirurgien soit parfaitement sûr que les organes voisins ne sont pas atteints: comme exemple, je prendrai le sujet de notre première observation. M. le professeur Tédenat pouvait facilement arriver avec le doigt à la limite supérieure du néoplasme, aucun phénomène soit physique, soit fonctionnel n'autorisait à songer à une altération possible de la vessie, le malade urinait comme d'habitude trois ou quatre fois par jour, jamais la nuit, toujours sans douleur. De plus, la palpation au-dessus du pubis était indolore et ne faisait constater rien d'anormal dans les parois vésicales. Mais, au toucher, M. Tédenat avait constaté un rétrécissement néoplasique étendu, le ventre était fortement distendu par des gaz; il y avait du tympanisme; le malade, lors de son arrivée à Saint-Éloi, n'était pas allé à la garderobe depuis vingt ou vingt-cinq jours; par conséquent, tout faisait supposer qu'il existait une grande accumulation de matières au-dessus du rétrécissement, et l'événement a pleinement justifié ces prévisions, puisque, depuis le moment de l'ouverture de l'intestin jusqu'au lendemain, il est sorti par l'anus artificiel de 20 à 25 litres de matières. Extirper la tumeur tout simplement, eût été dangereux à cause de ce passage incessant et longtemps prolongé des matières fécales sur la surface cruentée de la plaie; tandis que, en vidant auparavant l'intestin par une colotomie, comme, du reste, le recommande Polloson dans le *Lyon médical*, mai 1884, le chirurgien rendait la région aseptique, pouvait appliquer un pansement antiseptique, en un mot, transformait, suivant une expression énergique de M. Lagaite, de Lyon, une opé-

ration faite dans *une latrine* en une opération parfaitement antiseptique.

Enfin, nous sommes d'avis qu'on ne peut et ne doit employer que la méthode palliative dans les cas pareils à celui qui fait le sujet de notre seconde observation. Ici, l'exploration digitale n'était pas possible et ne permettait pas de délimiter la tumeur, mais la douleur au niveau de la région hypogastrique, le nombre considérable de mictions indiquaient clairement que le néoplasme était très étendu et avait envahi la vessie, comme du reste le confirma l'autopsie.

Pour terminer cette question, nous dirons donc que la colotomie doit être spécialement appliquée aux individus atteints de cancer du rectum inaccessible ou mieux impossible à dépasser par nos moyens d'exploration, déterminant déjà des phénomènes d'obstruction caractéristique, sans que, toutefois, la constitution ou la santé du malade ne soient trop fortement atteintes.

Pour être complet, nous dirons encore que l'opération de Littre doit être appliquée à tous les rétrécissements du rectum, soit de nature fibreuse, soit de nature inflammatoire et même de nature syphilitique; et enfin, nous ajouterons que Poulet et Bousquet préconisent encore la colotomie dans les cas de vices de conformation de l'anus et du rectum. On n'établit alors que des ouvertures artificielles provisoires que l'on peut refermer après guérison.

COMPARAISON ENTRE LA COLOTOMIE ILIAQUE ET LA COLOTOMIE LOMBAIRE.

Après avoir démontré l'utilité de la colotomie, voyons quelle est la région où l'on doit de préférence la pratiquer. L'accord n'est pas encore fait sur cette question; et, tandis qu'en Angleterre on préfère, d'une façon générale, la colotomie lombaire; en France, les grands chirurgiens sont divisés en deux camps: l'un, avec M. Trélat, préconise l'anus lombaire; l'autre, avec MM. Verneuil et Reclus, préconise l'anus iliaque.

De nombreux travaux ont été publiés à ce sujet de part et d'autre, et la victoire semble être restée à MM. Verneuil et Reclus après leurs importantes communications faites au Congrès français de chirurgie de 1885, et dont M. Reclus a publié un extrait dans la *Gazette des hôpitaux* du 3 mai 1887, pour réfuter les arguments invoqués par les partisans de la colotomie lombaire en faveur de cette opération.

Ces arguments, d'une importance fort inégale, les voici à peu près:

1° L'anus d'Amussat, situé en arrière comme l'anus normal, constituerait une infirmité moins dégoûtante et mieux tolérée par les malades. « Cet argument, dit Reclus, tombe »à faux en présence des observations rapportées par les »auteurs. Il me suffira, pour le prouver, de citer les faits de »création d'anus iliaque, qui n'ont pas empêché des femmes »de se marier, de remplir leurs devoirs conjugaux, ou bien de »prendre une part active à la vie mondaine où rien ne pou-

»vait faire soupçonner leur infirmité. De plus, à l'âge où le »plus souvent la tumeur cancéreuse exige de semblables »opérations, les malades ont doublé le cap de Cythère et se »préoccupent peu du siège de leur anus artificiel.»

Mais ici nous trouvons au point de vue matériel un avantage à l'anus iliaque. Dans cette opération, comme l'ouverture se trouve dans le champ de la vision, le malade peut se donner lui-même les soins de propreté qu'exige son état, s'apercevoir des modifications qui surviennent dans l'ouverture s'il en survient, et se passer de l'intervention d'une seconde personne, qui est nécessaire dans le cas d'anus lombaire. « L'anus lombaire est l'anus des riches» a dit Reclus.

2° L'anus lombaire, disent les partisans de la colotomie lombaire, est moins exposé au renversement de la muqueuse et aux rétrécissements consécutifs. Cet argument n'est pas exact. Le renversement de la muqueuse au travers de l'orifice artificiel tient non pas à la région anatomique du lieu où il est placé, mais aux dimensions données à cet orifice, car plus l'anus est large plus facile est la procidence. Du reste, ni la procidence ni le rétrécissement ne sont spéciaux à l'anus iliaque; et, en effet, après avoir parcouru un grand nombre d'observations sur la colotomie, soit iliaque, soit lombaire, nous avons trouvé des statistiques à peu près égales au sujet des cas de procidence et de rétrécissement. Ce dernier est dû, en réalité, à la sclérose des couches aponévrotiques et des muscles traversés par l'orifice artificiel. Or, c'est donc un argument de plus en faveur de la colotomie iliaque, puisque la masse lombaire est beaucoup plus épaisse que la masse des muscles abdominaux : s'il y a donc rétrécissement, ce sera plutôt en opérant dans cette première région.

3° Le troisième argument n'a plus aucune valeur depuis la modification introduite au procédé opératoire par MM. Verneuil et Reclus. En effet, M. Trélat considérait comme un des plus grands avantages de la colotomie lom-

baire sur la colotomie iliaque la production de l'éperon qui est formé par la courbure brusque imprimée à l'intestin pour l'amener à fleur de peau à travers l'épaisseur des téguments incisés. Cet éperon saillant conduit le bol fécal au-dehors et empêche son passage du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur. Dans l'ancien procédé opératoire de la colotomie iliaque, il n'y avait pas de formation d'éperon, et l'axe central du bout inférieur étant à peu près le prolongement de l'axe central du bout supérieur, le bol fécal avait autant de tendance à continuer sa route qu'à sortir par l'ouverture artificielle: de là des accidents graves, voir même des ruptures d'intestin; c'est pour parer à cet inconvénient que M. Verneuil modifia son procédé opératoire (décrit plus loin), modification qui lui permit non seulement d'avoir un éperon, mais encore de pouvoir nettoyer le bout inférieur de l'intestin et d'éviter ainsi les distensions, les inflammations diffuses, les rectites ou les ruptures qui pourraient se produire soit sous l'influence d'une partie du bol fécal imparfaitement arrêtée par l'éperon, soit même sous l'influence seule des sécrétions de la muqueuse intestinale située au-dessus de la masse cancéreuse.

4° Le quatrième argument invoqué par les partisans de la colotomie lombaire ou anus d'Amussat repose sur des considérations anatomiques qui, d'après M. Reclus, sont «de la pure théorie et rien de plus.» Le côlon descendant appliqué contre la paroi postérieure de l'abdomen par la lame péritonéale qui passe au-devant est plus fixe que l'*S* iliaque mobile, grâce à son mésocôlon et facilement déplacée.— C'est sur l'expérience que nous nous appuyerons pour réfuter cet argument. Ainsi, Giraldès a constaté, sur un relevé de 50 opérations de Littre ou anus iliaque, que l'*S* iliaque avait toujours été rencontrée à gauche, à sa place normale. M. Trélat, au contraire, dans une communication remarquable

qu'il fit au Congrès de chirurgie de Copenhague sur le traitement du cancer de l'anus et du rectum, a reconnu que, sur 7 colotomies lombaires pratiquées par lui deux fois, il ne put trouver le côlon en son lieu et place ordinaire et par suite ses deux opérés succombèrent; des cinq autres malades, quatre obtinrent une survie considérable. Curling, Erskine Mazon, Smith avouent avoir eu des cas semblables, et cependant ce sont des chirurgiens dont personne ne conteste ni l'habileté ni la science.

Dans l'opération de Littre, où l'*S* iliaque doit, d'après les partisans de l'anus lombaire, être très difficile à trouver, on ne connaît qu'un cas où l'opérateur ait été embarrassé: c'est le cas de Robert, qui ne put la trouver. Le gros intestin a toujours été saisi à sa place normale, à condition bien entendu de suivre les préceptes dictés par MM. Verneuil et Reclus: «Incision parallèle à l'arcade de Fallope et au-»dessus d'elle, et apparition de l'intestin. Si cette anse est »rose, bien calibrée et régulière, c'est l'intestin grêle, et il »suffit de le refouler en haut pour trouver au-dessous le gros »intestin. Si l'anse est blanche, irrégulière, avec franges épi-»ploïques à sa surface, c'est l'*S* iliaque.» M. Verneuil dit que sur 14 colotomies iliaques qu'il a faites, 14 fois il a trouvé l'*S* iliaque avec la plus grande facilité; d'autres statistiques arrivent aux mêmes proportions: 20 fois sur 20 cas dans l'une; 34 fois sur 34 cas dans une autre.

5° Le cinquième argument tombe de lui-même devant les progrès de la science. Dans la colotomie lombaire, le péritoine est respecté, tandis qu'il faut l'ouvrir dans la colotomie iliaque. Mais aujourd'hui on connaît la presque innocuité de l'incision du péritoine, et ce n'est donc pas là le danger. M. Trélat le dit lui-même: «Lorsque dans la colotomie lombaire »la séreuse a été ouverte, il n'y a eu danger que dans les cas

»où l'opération a été longue, hésitante, irrégulière, et que »l'on a peut-être placé l'anus sur l'intestin grêle.»

En resumé, la colotomie iliaque non seulement n'est pas plus dangereuse que la colotomie lombaire, mais encore elle offre sur cette dernière le triple avantage: 1° de placer l'anus artificiel sous la main de l'opéré; 2° de faciliter encore davantage l'évacuation des matières fécales, grâce à un éperon supérieur à celui de la colotomie lombaire ; 3° d'être une opération plus facile, puisque on découvre plus commodément l'*S* iliaque, comme le démontrent les statistiques.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

Je ne parlerai pas des différentes et nombreuses modifications que l'on a successivement apportées au procédé primitif de Littre, pour arriver immédiatement au manuel opératoire dont Nélaton a fixé les règles, et qui a été suivi jusqu'en 1884. Mais, à cette époque, M. Verneuil modifia encore une fois l'ancienne méthode pour en créer une nouvelle, qui a fait de la colotomie iliaque une opération relativement facile, inoffensive et supérieure à la colotomie lombaire.

Par les quelques modifications apportées à l'ancien procédé, M. le professeur Verneuil s'attache à combattre deux inconvénients de l'opération: le rétrécissement de l'ouverture, et le passage des matières fécales dans la portion de l'intestin comprise entre l'anus artificiel et le rectum.

Le rétrécissement n'aurait pas grand inconvénient dans le cas où l'ouverture artificielle ne serait que provisoire; mais malheureusement c'est là l'exception, car, presque toujours, cette opération est pratiquée dans des cas d'atrésie congénitale inaccessible, de rétrécissement indilatable, de tumeur intra-pelvienne inopérable, ce qui revient à dire que l'anus artificiel, une fois établi, a grande chance de rester nécessaire jusqu'à la fin de la vie. «D'où cette proposition »que le chirurgien, lorsqu'il pratique la colotomie inguinale »pour un cas d'obstacle incurable du canal ano-rectal, doit »constituer l'anus artificiel de telle façon qu'il fonctionne ré»gulièrement et uniformément du premier jusqu'au dernier »jour de la survie.»

Le second inconvénient était inhérent à l'ancien procédé.

L'intestin, légèrement attiré au dehors et fixé au bord de l'ouverture de la paroi abdominale, restait tangent à cette dernière. Il n'y avait pas, par conséquent, formation d'éperon, et les matières fécales avaient beaucoup plus de tendance à continuer de parcourir le tube digestif qu'à se détourner de leur route pour sortir par l'ouverture artificielle, alors que rien ne les y obligeait, ni éperon, ni courbure; au contraire même, leur sortie par l'anus iliaque était quelquefois rendue difficile à cause du rétrécissement qu'avait subi cette ouverture. Le segment du gros intestin compris entre l'anus artificiel et le point obstrué continuait donc à fonctionner, à recevoir des matières fécales qui le distendaient, l'irritaient, faisaient renaître le ténesme et les besoins incessants d'aller à la selle.

M. Verneuil crée donc une modification essentielle en faisant un éperon, et empêche le rétrécissement en modifiant la direction donnée à l'incision de la paroi abdominale.

L'opération, qui se compose de 4 temps, est précédée d'une foule de préliminaires qui ont pour but d'obtenir la plus rigoureuse antisepsie, et sur la partie du corps où l'on va opérer et dans le milieu ambiant.

On lave ensuite et on rase très soigneusement la région inguino-pubienne du côté gauche et on la soumet pendant toute la durée de l'opération à l'action du spray. Le malade doit être couché sur le dos, dans une position horizontale, les cuisses et les jambes allongées pour tendre la paroi abdominale. Le chirurgien trace alors sa ligne d'opération. Il marque par un trait, partant de l'épine du pubis et allant à l'épine iliaque antéro-supérieure, le trajet de l'arcade de Fallope; de l'union du tiers externe de cette ligne avec les deux tiers internes, on trace une seconde ligne qui va rejoindre l'ombilic. C'est approximativement la direction de l'artère iliaque externe.

Sur cette dernière ligne, on pratique de haut en bas et de dedans en dehors une incision de 3 à 4 centimètres, qui vient tomber perpendiculairement sur le ligament de Fallope. M. Verneuil recommande, après avoir divisé la peau, les couches sous-cutanées et l'aponévrose du grand oblique, d'abandonner le bistouri pour se servir des ciseaux et de la pince à disséquer. On coupe avec ce nouvel instrument, à petits coups, le petit oblique, le transverse, le fascia transversalis, le tissu cellulo-graisseux qui le double et enfin le péritoine. On donne cette direction oblique à la ligne d'opération dans le but de sectionner perpendiculairement les fibres aponévrotiques du grand oblique et les fibres musculaires de ce même muscle. M. Verneuil pensait ainsi éviter sûrement le rétrécissement ultérieur de l'orifice artificiel, qui viendrait de ce que, avec la direction donnée à l'ouverture dans l'ancienne méthode, on écartait simplement au lieu de les diviser les fibres du grand oblique. Avant d'ouvrir la séreuse, il faut immédiatement procéder à l'hémostase, en tordant ou mieux en liant les quelques vaisseaux ouverts de la paroi; puis, enfin, on incisera sur la sonde cannelée la séreuse, dont on saisira les deux lèvres au moyen de six pinces hémostatiques disposées en forme de couronne, une à chaque extrémité de l'incision et deux sur chacun des bords. Cette dernière précaution, outre qu'elle maintient béante l'ouverture péritonéale, permet plus tard de comprendre sûrement la séreuse dans la suture pariéto-intestinale.

A ce moment là, le premier temps est terminé.

Le deuxième temps consiste dans la découverte et la traction de l'intestin au dehors de la plaie. Grâce aux pinces hémostatiques qui, étalées en couronne sur le ventre et le haut de la cuisse, maintiennent l'ouverture péritonéale béante, il n'est pas difficile de trouver l'*S* iliaque, qui, dans la majo-

rité des cas, s'offre d'elle-même à la vue. Et ici, il n'est guère possible de se tromper et d'établir, comme l'on fait quelques chirurgiens, l'anus artificiel sur l'intestin grêle, si l'on suit avec soin les préceptes dictés par MM. Verneuil et Reclus: « Si l'anse qui se présente est rose, bien calibrée et »régulière, c'est l'intestin grêle, et il suffit de la refouler en »haut pour trouver au-dessous le gros intestin ; si l'anse est »blanche, irrégulière, avec franges épiploïques à sa surface, »c'est l'*S* iliaque.»

Cette dernière se tient ordinairement dans le sinus formé par la fosse iliaque interne et la paroi abdominale. On doit encore, par précaution, rechercher également les faisceaux de fibres longitudinales. Une fois l'intestin saisi avec une pince, on l'attire tout doucement au dehors jusqu'à ce que les trois quarts de l'anse forment saillie à l'extérieur, le quart restant, qui correspond au mésocôlon, servira à constituer l'éperon. Quand la portion herniée fait, au-dessus du plan de la peau, « une saillie du volume de la moitié d'un œuf de poule», on le transfixe à sa base, pour l'empêcher de rentrer dans l'abdomen, avec deux longues aiguilles à acupuncture, qui, abandonnées à elles-mêmes, reposent sur la paroi du ventre et retiennent l'intestin jusqu'à l'achèvement des sutures.

Pendant le troisième temps, on fixe le tube digestif à la paroi abdominale ; on doit, avant d'ouvrir l'intestin, appliquer une série circulaire d'environ 15 ou 18 sutures métalliques. Pour cela, M. Verneuil considère, comme l'instrument le plus commode et le plus rapide, le chasse-fil à aiguille concave, introduit indifféremment ou de l'intestin vers la peau, ou de la peau vers l'intestin, en ayant soin d'éviter autant que possible de pénétrer dans la cavité de ce dernier, de peur de charger les fils de matières septiques. Au fur et à mesure que l'on place les fils, on doit retirer les pinces hémostatiques primitivement posées pour fixer le péritoine

et les aiguilles à acupuncture destinées à fixer le tube digestif en dehors de la plaie abdominale. Enfin, la plaie est très soigneusement lavée et les sutures fermées, soit par la torsion des fils, soit par leur fixation au moyen de boutons de nacre et de coulants de plomb.

Le quatrième temps comprend l'ouverture de l'intestin, au moyen de la résection de la portion herniée de l'anse qui est formée, comme nous l'avons vu, par les trois quarts environ de la circonférence de l'*S* iliaque. La section, faite à 3 ou 4 millimètres en dehors de la ligne des sutures, laisse l'ouverture bordée d'une petite collerette de paroi intestinale. Cette paroi, revenue sur elle-même, est épaisse et très vasculaire. M. Verneuil emploie, pour la sectionner, le thermo-cautère chauffé au rouge sombre, car, quand on la réséque au bistouri ou au ciseau, elle fournit plusieurs jets artériels assez volumineux. Il faut bien faire attention de ne pas toucher avec le thermo-cautère la portion qui reste dans la plaie et qui est destinée à former l'éperon.

L'intestin ouvert, le chirurgien doit le débarrasser, s'il y a lieu, du bol fécal plus ou moins dur, qui ordinairement a pris la forme marronnée. Mais l'*S* iliaque ne contient pas toujours des matières, et, dans bien des cas, on ne voit à travers l'ouverture que la muqueuse intestinale sous forme de surface rouge, ridée et plissée. Il faut alors s'abstenir de pratiquer le cathétérisme des deux bouts du tube digestif et de les injecter; il est préférable de ne point toucher à la plaie. Son fond paraît, à première vue, uniforme; mais si, avec la pulpe du petit doigt, on explore tout doucement les surfaces, on ne tarde pas à sentir, sur les bords externe et interne de la plaie, les orifices intestinaux revenus sur eux-mêmes et séparés par un éperon d'un travers de doigt en moyenne. Ces deux orifices, situés presque dans le même plan horizontal, ont les prolongements de leurs axes centraux

qui se rencontrent à angle obtus, ce qui forcera, par conséquent, les matières descendant du bout supérieur à changer de direction et à sortir par l'anus artificiel, au lieu de tomber dans le bout inférieur de l'intestin.

Voilà l'opération terminée ; 25 minutes suffisent, d'après M. Verneuil, et encore la plus grande partie de ce temps, de 16 à 20 minutes à peu près, est-elle consacrée aux sutures.

Le pansement est très simple : une compresse de mousseline plusieurs fois doublée, imbibée d'une solution d'acide phénique ou de sublimé et percée à son centre d'une ouverture correspondant exactement à l'anus artificiel ; sur ce dernier, une éponge très fine, très douce, un peu concave et imbibée elle aussi d'un liquide antiseptique. L'éponge est destinée à recevoir les matières fécales qui s'échappent du tube digestif et à protéger la muqueuse intestinale contre les frottements du pansement ou des habits. Enfin, sur le tout, une pièce d'ouate, du taffetas gommé et un bandage de corps.

Ajoutons, pour terminer, que M. le professeur Verneuil combat le prolapsus de la muqueuse intestinale et la sortie continuelle des matières fécales au moyen d'un petit appareil ayant à peu près la forme d'un T, dont les branches supérieures un peu relevées au-dessus de la ligne horizontale, de façon à former entre elles un angle très obtus, pénètrent dans chaque bout du tube digestif. Le pied, représenté par un disque en caoutchouc, vient boucher l'ouverture de l'anus artificiel, tandis que la tige correspond à l'épaisseur des parois.

Cette méthode nouvelle de M. Verneuil est incontestablement préférable aux méthodes employées jusqu'ici, et répond à toutes les indications que doit remplir la colotomie iliaque ; d'abord, par la création d'un éperon, elle dévie le cours du bol fécal et l'empêche de tomber dans le bout inférieur de

l'intestin; et, par la direction oblique donnée à l'incision, elle évite le rétrécissement. Mais le point où M. Verneuil indique de commencer l'incision (partant de dedans en dehors, de haut en bas et du tiers externe de l'arcade de Fallope, à trois grands travers de doigt au-dessus de cette arcade, puis s'abaissant pour arriver obliquement à une distance d'un travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure) n'est pas toujours bien choisi, comme l'a constaté M. le professeur Tédenat.

Dans bien des cas de cancer du rectum, quand on emploie l'anus iliaque comme méthode palliative, si le chirurgien fait son ouverture au point fixé par M. Verneuil, il tombera sur un côlon déjà envahi par le néoplasme. Aussi, M. le professeur Tédenat a-t-il pour habitude, tout en opérant avec la méthode de M. Verneuil, dont il reconnaît les avantages, de faire son incision un peu plus haut, afin de pouvoir établir l'anus artificiel sur un côlon parfaitement sain et non encore envahi par le cancer, ou rétréci par un autre processus pathologique, comme c'était le cas pour la malade de l'observation III. En outre, comme l'a remarqué M. Tédenat dans toutes les opérations qu'il a pratiquées, la position haute de l'incision augmente la coudure de l'intestin et prévient mieux le prolapsus, qui ne s'est jamais produit chez aucun de ses malades.

Observation I.

Etienne S..., 52 ans, profession de tisserand, entre à l'hôpital le 16 avril 1886, salle Saint-Éloi N° 40. Pas d'antécédents héréditaires ; parents morts à un âge très avancé, bien portants de leur vivant; une sœur en parfaite santé.

Comme antécédents personnels, rien de particulier, pas de syphilis.

Il y a 18 mois, sans cause appréciable, le nombre des selles a augmenté: le malade allait cinq à six fois par jour à la garde-robe et faisait très peu de matières. Trois mois après, presque subitement, douleur intense s'étendant à tout l'abdomen. Ballonnement considérable du ventre. Constipation opiniâtre. Il n'y a eu aucune selle pendant 25 jours.

Au bout de ce temps, ces phénomènes de rétention disparurent; la constipation fit place à la diarrhée; les selles devinrent plus fréquentes; en même temps, les matières étaient plus amincies qu'auparavant; sensation de pesanteur au bassin; brûlure intense au niveau du rectum au moment de la défécation.

La diarrhée a disparu à son tour, et pendant deux mois, le malade a été dans un état normal; seule, la sensation de brûlure a persisté.

Il y a sept à huit mois, la constipation a reparu: le malade est resté 35 jours sans aller du corps; au bout de ce temps, nouvelle diarrhée, cinq à six selles par jour; les matières, toujours amincies, sont mélangées avec une faible quantité de sang.

Ces alternatives de constipation et de diarrhée se sont succédé jusqu'à la fin du mois de mars dernier. A ce moment, nouvelle constipation qui persiste encore le jour de l'entrée à l'hôpital, le 16 avril 1886.

Il y a 20 jours, il s'est formé des abcès et des fistules du côté gauche de l'anus.

Examen, le 16 avril. Le ventre est fortement distendu par des gaz; tympanisme. Traces de sangsues que le malade a appliquées de lui-même, il y a quinze jours, sans aucun bénéfice, du reste.

Quatre trajets fistuleux du côté gauche de l'anus, par les-

quels s'écoule du pus fétide en petite quantité; par un de ces trajets seulement passent des gaz.

Au toucher, M. Tédenat constate l'existence d'un rétrécissement néoplasique étendu, mais dont il peut atteindre la limite supérieure.

Trois ou quatre mictions dans la journée non douloureuses.

Appétit sensiblement diminué; langue bonne, un peu rouge; sommeil facile; légère coloration jaunâtre de la face; le malade a beaucoup maigri depuis le début de l'affection.

17. On prescrit un lavement avec une canule très longue.

18. Le lavement n'a pu pénétrer dans le rectum, à cause de l'impossibité de l'introduction de la canule; la constipation persiste.

19. A fait quelques glaires sans douleurs bien intenses; ventre toujours ballonné; bon appétit; le malade dort bien.

20. Dans la journée d'hier et dans la nuit, expulsion d'une grande quantité de gaz par l'anus et un trajet fistuleux; le ventre est moins ballonné qu'hier. M. Tédenat fait, le jour même, une colotomie inguinale, suivant la méthode de Verneuil. Au moment où il fend l'intestin, il s'écoule à peu près 10 ou 15 litres de matières fécales solides, molles. Régime lacté; potion opiacée; iodoforme sur l'anus artificiel.

Le soir de l'opération, P. 80, assez fort, régulier. Pas de nausées ni de vomissements; langue saburrale, humide, un peu rouge sur les bords. Sept ou huit litres de matières se sont encore écoulés depuis l'opération.

21. T. 38°. P. 88, large, régulier. Facies reposé; nuit bonne, a bien dormi; langue humide; souffre un peu du ventre, principalement au niveau de la plaie opératoire; celle-ci a, du reste, un aspect irréprochable; les matières ont continué à couler depuis le moment de l'opération jusqu'à ce matin même. Poudre d'iodoforme sur l'anus iliaque.

Le soir, P. 100, ample, régulier. Trois ou quatre selles

depuis ce matin ; pas de frissons ; langue sabburale, humide.

22. T. 38° ; 37°7. P. 100. Le malade est assoupi, dormirait continuellement ; pas de vomissement ; ne souffre pas du ventre ; sent le besoin d'aller à la selle, ce qui arrive deux ou trois fois par jour ; urine sans difficulté. Les matières fécales ne sont jamais passées par le rectum.

23. T. 38°2 ; 37°. P. 100, régulier, assez fort. Pas de vomissement.

24. T. 38°7 ; 37°. Pendant toute la journée d'hier, à partir de midi et cette nuit encore, le malade a vomi du sang noir marc de café. Mort dans la matinée, avec pouls petit, refroidissement des extrémités, pâleur de la face.

L'*autopsie*, faite par M. Lapeyre, interne, a montré que l'œsophage, l'estomac et la moitié supérieure de l'intestin grêle étaient remplis de sang noir, semblable à de la suie ; il est facile d'y reconnaître des globules sanguins déformés et des cristaux d'hémine. La partie inférieure de l'intestin grêle et tout le gros intestin contiennent des matières chymeuses.

Du côté du rectum, le rétrécissement a une longueur de 7 à 8 centimètres ; au-dessus de ce rétrécissement, dilatation ampullaire très marquée.

La vessie est intacte.

La tumeur est un épithélioma.

Observation II.

Noël L..., profession de cultivateur, 33 ans, entre à l'hôpital le 7 mars 1886, salle Saint-Éloi, N° 37. Rien d'héréditaire : parents morts à un âge avancé ; ni frère, ni sœur. Antécédents personnels : paralysie infantile à l'âge de 1 an, à la suite de laquelle il a toujours persisté une déviation des traits de la face du côté droit. Il y a cinq ans, fièvres inter-

mittentes, que le malade a gardées trois mois. Nous dit qu'il a toujours été d'une santé délicate.

Il y a deux ans, sont apparus des troubles du côté de l'appareil digestif, consistant en alternatives de constipation et de diarrhée; le malade restait dix et quinze jours sans aller à la selle, puis une débâcle survenait, et alors il y avait cinq à six selles par jour. En même temps, sensation de pesanteur du côté du bassin, et de temps à autre quelques douleurs lancinantes. Brûlure intense au moment de la défécation.

Au mois d'octobre 1885, c'est-à-dire un an après le début de l'affection, le malade a été opéré, à l'hôpital d'Aix, d'une tumeur faisant saillie hors de l'anus et de nature cancéreuse. L'opération a été très incomplète, car quelques jours après (à peu près quinze jours), la tumeur a reparu à l'intérieur. Depuis lors, mêmes difficultés que précédemment dans l'expulsion des matières.

A la suite d'une chute sur le rectum, au mois de mai dernier, la tumeur a augmenté de plus en plus de volume. Ecoulement purulent qui tache le linge.

Amaigrissement marqué. Toutefois l'appétit est conservé. C'est alors que le malade entre à l'hôpital Saint-Éloi.

Examen, le 8 novembre 1886. On constate à l'anus, et proéminent à l'extérieur, une tumeur du volume d'un œuf à grand axe antéro-postérieur, bourgeonnante, ulcérée par places, donnant issue à du pus fétide; çà et là, points hémorrhagiques. A peu près vers le milieu de cette tumeur, on distingue l'orifice anal rétréci, au point qu'il est impossible de faire pénétrer le doigt dans le rectum de façon à s'assurer de la limite supérieure du mal.

Douleurs à l'hypogastre assez intenses, diarrhée depuis sept à huit jours: expulsion de matières glaireuses fétides et

par moments de quelques caillots sanguins ; fortes douleurs au passage des matières.

Le malade urine cinq ou six fois par jour, quatre à cinq fois la nuit depuis deux mois environ. P. 60. Langue bonne, bon appétit. Cependant, on constate un amaigrissement notable, ainsi qu'une légère coloration jaunâtre de la face.

9. Cinq selles douloureuses dans la journée d'hier. Expulsion de quelques caillots.

11. Pas de selles depuis avant-hier ; il s'écoule par l'anus du pus mélangé de sang. Sensation de pesanteur sans douleur véritable. Urine quatre à cinq fois le jour et la nuit.

15. Selles très fréquentes depuis avant-hier ; difficulté très grande dans l'expulsion des matières : il n'en sort qu'une petite quantité à la fois.

16. Cinq selles dans la nuit peu abondantes, mais douloureuses. P. 60.— On prescrit : vin de quinquina.

20. Depuis hier, fortes coliques ; le malade souffre dans tout l'abdomen : est allé à la selle continuellemet ; douleurs intenses au passage des matières. Urine sept à huit fois le jour et la nuit.

21. Mêmes phénomènes.

Lundi 22, M. Tédenat fait un anus iliaque suivant la méthode de Verneuil. A l'ouverture de l'intestin, il ne s'écoule pas de matières.

Le soir : P. 60. A souffert un peu du ventre ; bonne langue, pas de nausées.

23. 37°4 ; 37°3. P. 60. Langue bonne, humide. Pas de sommeil la nuit. A un peu souffert dans le ventre. Il est sorti presque continuellement, depuis hier, par l'anus iliaque, des matières et du gaz ; rien ne passe par en bas.— Lavage de l'anus, vasaline iodoformée. Lait et bouillon.

24. 37°4 ; 37°. P. 64. Langue légèrement saburrale. Ni nausées, ni vomissements. A dormi quelques heures cette

nuit. Les matières sont sorties, depuis hier, à quatre ou cinq reprises. Légère douleur au niveau de la plaie pendant l'expulsion des matières. Par en bas, il ne s'écoule que du pus et un peu de sang.

25. 37°; 37°. P. 60. Pas de douleur à la pression de l'abdomen, pas de ballonnement. Bon facies. Le malade dort assez bien.

26. 37°2; 37°. P. 60. Quelques légères coliques et quelques gargouillements.

27. 37°4; 37°. P. 64. Langue un peu sale, humide. Ni nausées, ni vomissements. Bon facies, légères coliques, pas de douleur à la pression autour de l'anus iliaque ; pas de ballonnement. Bon appétit. Le malade prendrait volontiers des aliments solides. Urine cinq à six fois le jour et la nuit.

28. 37°5; 37°3. P. 60. Langue toujours légèrement saburrale. Plus de coliques, a dormi un peu cette nuit. Bon appétit, bon facies. Meilleur aspect qu'avant l'opération. L'écoulement des matières se fait toujours assez souvent et exclusivement par l'anus artificiel ; pas de rétrécissement de l'anus iliaque, pas de prolapsus.

29. 38°; 37°. P. 64. Bon état général. Plus de coliques; depuis hier, l'écoulement des matières est continuel. A uriné sept à huit fois le jour et la nuit.

30. 37°3; 36°8. P. 60. Langue bonne, bon appétit. Dort bien, pas de coliques, plus d'écoulement des matières depuis hier au soir; il passe seulement des glaires par en bas. Aucune réaction inflammatoire du côté de l'anus iliaque.

2 décembre. 37°; 36°7. Ecoulement continuel des matières pendant toute la nuit. Langue bonne, bon appétit. Urine dix fois le jour et la nuit.

3. 37°2; 36°7. Ecoulement continuel des matières toute la nuit. Dort bien.

4. 37°; 36°6. P. 64. Sortie continuelle des matières de

minuit à six heures du matin. A fait quelques caillots sanguins par l'anus. Bonne langue, bon appétit.

5. 37°2; 37°. P. 60. Ecoulement moins abondant que les jours précédents.

6. 37°3; 37°4. P. 60. Bon appétit. Pas de ballonnement; il sort peu de matières; le malade sent le besoin d'aller à la selle au moment de l'expulsion par l'anus artificiel. Urine huit à dix fois le jour et la nuit.

8. P. 64. Sortie continuelle des matières pendant la nuit.

10. P. 64. Depuis minuit, les matières s'écoulent continuellement, légères coliques.

12. Les matières ne sont sorties qu'une fois depuis deux jours; par en bas, écoulement de pus et de sang. Pas de coliques. Urine dix à douze fois le jour et la nuit. Dort bien.

15. Les matières ne sortent que deux ou trois fois par jour, bonne langue, bon appétit. Ni rétrécissement, ni prolapsus de la muqueuse.

16. Les matières sont passées une seule fois, hier. Pas de coliques.

18. Ecoulement continuel des matières depuis hier. P. 64. Urine quinze fois le jour et la nuit.

20. P. 64. Cinq à six selles, hier, non douloureuses. Expulsion de glaires et de sang par en bas. Langue bonne, appétit bon. Urine toujours quinze fois le jour et la nuit.

22. Plus de selles depuis hier; pas de coliques.

29. Depuis six à sept jours, les matières sortent régulièrement deux ou trois fois par jour. Sent le besoin d'aller du corps. Pas de coliques; bon appétit.—|P. 64. Ni rétrécissement, ni prolapsus de la muqueuse. Même état les jours suivants.

5 janvier. Depuis hier, écoulement continuel des matières; ne souffre pas; dort bien; pas trop d'appétit cependant. P. 80.

6. Les matières sont sorties sept à huit fois, hier. P. 72.

Langue bonne; pas de douleurs; urine cinq à six fois le jour et la nuit.

7. Le malade se plaint d'avoir continuellement des frissons superficiels dans le dos.— P. 80. Langue sale; pas beaucoup d'appétit; dort assez bien; ne souffre pas; les matières ont coulé continuellement pendant la nuit.

8. P. 80. Langue sale; vomissement abondant à 10 heures du soir. Les matières sortent continuellement; facies anxieux. Eau de Vichy.

9. A vomi, hier, une fois après avoir pris l'eau de Vichy. Plus d'appétit.

10. P. 88. Nouveau vomissement après avoir pris l'eau de Vichy; depuis lors, nausées; langue sale; les matières sont sorties cinq à six fois depuis hier; urine quatre ou cinq fois le jour et la nuit, peu à la fois.

12. P. 80. Vomit toujours; langue sale; pas d'appétit; pas de sommeil; mauvais état général; teint terreux.

14. P. 88, petit. A vomi deux fois dans la journée et dans la nuit sans avoir rien pris; ne dort pas, et ne mange pas; les matières sortent continuellement; urine deux ou trois fois le jour et la nuit.

16. P. 88. A vomi deux ou trois fois, hier; de même pendant la nuit; pas de sommeil; teint jaune; langue sale, humide; coliques.

17. P. 80. Vomit toujours; ne dort pas; sent toujours des coliques.

Mort dans la nuit.

Autopsie.— *Anus artificiel.* Cicatrisation irréprochable sur tous les points: le bout inférieur est imperméable, même aux liquides, sous une pression assez forte.

Organes pelviens.— Au niveau de l'anus et à l'extérieur, tumeur en tout point semblable à celle que nous avons décrite plus haut, lors

de l'examen du malade. Le carcinome occupe tout le rectum et remonte jusqu'à l'S iliaque. Tous les organes du petit bassin sont englobés dans la tumeur, entourés par du tissu lardacé. La vessie n'est libre que par son sommet; sa cavité est réduite au volume d'une noix; hypertrophie considérable des parois, qui ont une épaisseur moyenne de 2 cent. et demi à 3 cent.

Cœur et foie graisseux. Rien à l'estomac ni à la rate.

Reins.— Dilatation considérable du bassinet et des calices ; diminution d'épaisseur des parties corticales et médullaires.

L'examen histologique a été fait par M. Rauzier, interne. Voici la note qu'il a bien voulu nous communiquer à ce sujet: Le tissu de la vessie présente deux ordres d'altérations :

1° Dans les points où la structure musculaire reste bien affirmée, on voit des traînées de cellules plus ou moins arrondies s'interposer entre les faisceaux de fibres lisses. L'épaisseur et la longueur de ces traînées sont variables, en maints endroits ce ne sont que de petits îlots.

2° En d'autres points, le tissu conjonctif de la vessie est notablement accru; il se présente sous la forme d'un tissu connectif lâche, limitant des alvéoles dans lesquelles on constate la présence d'un nombre variable de grosses cellules. Ces cellules ont des formes diverses (la plupart sont irrégulièrement sphériques), elles sont volumineuses, granuleuses, ne prennent pas toutes le carmin avec la même intensité et présentent pour la plupart un noyau En certains points, il existe une infiltration générale de ces cellules, qui remplissent tout le champ de la préparation.

Mêmes lésions du côté du rectum : les faisceaux musculaires semblent pourtant plutôt comprimés en masse par la tumeur, qu'écartés par les productions néoplasiques.

Le tissu de la prostate est à peu près complètement détruit; il est remplacé par des productions cancéreuses de structure alvéolaire.

Le rein présente associées les lésions de l'hydronéphrose et celles de la néphrite interstitielle.

Dans les points où l'hydronéphrose prédomine, les divers tubes rénaux sont considérablement dilatés. A leur intérieur, on voit l'épithélium, non altéré, former une collerette continue, dont la circonférence présente des dimensions moindres que la surface interne des

conduits; autrement dit, les tubes semblent s'être dilatés, alors que leur épithélium n'a subi aucune modification. De même au niveau des glomérules, la capsule de Bowman s'est notablement dilatée, le bouquet vasculaire restant normal, en sorte qu'il existe un vide plus ou moins marqué entre le contenant et le contenu solide. Le glomérule n'est adhérent à la capsule qu'au niveau de son pédicule vasculaire, et sur plusieurs points des préparations, on voit la masse glomérulaire, après avoir quitté sa cavité par suite d'un mouvement de rotation autour de son pédicule, apparaître au-dessous de la section des tubes voisins.

Le tissu conjonctif intertubulaire ou périglomérulaire offre déjà, en ces points, une hyperplasie évidente.

Dans les régions où la néphrite interstitielle domine, l'hyperplasie conjonctive est telle, en certains endroits, que le tissu rénal a complètement disparu, étouffé par la néoformation fibreuse. Dans les points où le processus est moins accentué, on voit les tubes rénaux comprimés, leur surface de section elliptique est plus ou moins allongée; en un mot, tous les degrés entre un aplatissement léger et une oblitération ou une disparition complète.

Chez ce malade, la vie a été prolongée et rendue très supportable par l'opération; la mort est survenue par urémie, ce qu'on s'explique très bien par les lésions graves de l'appareil urinaire.

Observation III.

Clémentine C..., de Montpellier, 30 ans, sans profession, entre l'hôpital le 30 mai 1888, salle Sainte-Marguerite, N° 4. Comme antécédents héréditaires, rien de particulier; son père est mort, il y a 5 ans, à l'âge de 74 ans; il était paralysé. Sa mère vit encore et est même très bien portante. La malade dit n'avoir jamais vu personne dans sa famille atteint de tumeur. Elle a perdu trois frères ou sœurs en bas âge, mais de maladies aiguës (croup, etc.)

Antécédents personnels. — Elle est mariée, a un enfant de 12 ans en parfaite santé. Ses règles sont toujours très irrégu-

lières. N'est ni alcoolique, ni syphilitique. Tempérament très nerveux, elle a des crises nerveuses et est sujette aux migraines. Pas de dysenterie, pas d'ingesta caustiques. A eu un rhumatisme articulaire et souffre de douleurs lorsqu'il se produit un changement de température; il y a cependant deux mois et demi qu'elle n'a rien ressenti. A part cela, elle n'a jamais eu de maladies l'obligeant à garder le lit.

Mariée à 15 ans, elle a accouché une première fois et d'une façon normale à 16 ans et demi. A 18 ans et demi, elle a eu une grossesse gémellaire, et l'on a été obligé, pour la délivrer, de pratiquer la version. S'étant levée le 8^{me} jour après la délivrance, elle a été forcée de se remettre au lit le 25^{me}, car elle était atteinte d'une pelvi-péritonite. Les douleurs de ventre ont persisté, et, depuis sa pelvi-péritonite, la malade était sujette à la constipation et souffrait beaucoup chaque fois qu'elle allait à la selle. M. le D^{r} Dunal fut alors consulté.

Enfin, comme début de la maladie, M^{me} C... nous a raconté qu'il y a 8 ans, outre les douleurs occasionnées par la constipation, elle en a ressenti de nouvelles venant s'ajouter aux premières et siégeant dans le ventre, mais particulièrement dans la fosse iliaque gauche et à l'anus. Elle avait des envies constantes d'aller du corps et, le jour, rendait par le rectum des glaires qui étaient quelquefois sanguinolentes. A l'examen, on constata alors des hémorrhoïdes. Elle a souvent souffert des reins; mais, malgré cela, n'a jamais eu des troubles de la miction urinaire.

Au moment de son entrée à l'hôpital, elle a de l'anorexie, des vomissements alimentaires et bilieux, sa diarrhée habituelle et rend par l'anus des matières filiformes.

Examen. — A l'examen, M. le professeur Tédenat trouve un anus non induré, mais garni, dès l'entrée, de brides douloureuses dont il est impossible de reconnaître la nature. Est-

ce des végétations chéloïdiennes, épithéliomateuses ou cicatricielles ? Dans une consultation tenue par MM. les professeurs Dubrueil, Tédenat et Grasset, on constate que l'orifice anal est rétréci, au point de ne pas permettre l'introduction même du petit doigt.

Le lendemain 31 mai, M. le professeur Tédenat pratique la colotomie iliaque suivant le procédé de Verneuil. On fait une injection de morphine et d'atropine. La malade s'endort très facilement sous l'influence du chloroforme, et le chirurgien commence immédiatement l'opération. Il fait une incision de 6 centimètres, en dehors de l'épigastrique et à 4 centimètres au-dessus de l'arcade crurale ; puis il coupe l'aponévrose du grand oblique, du petit oblique, du transverse, et enfin il ouvre le péritoine : dès que la séreuse est ouverte, il sort une masse d'épiploon aux franges graisseuses, que M. Tédenat a de la peine à faire rentrer. L'intestin grêle vient aussi à plusieurs reprises faire saillie. Le chirurgien va alors à la recherche du côlon avec le doigt, et après avoir senti la partie inférieure de l'*S* iliaque indurée et envahie par le néoplasme, il amène dans la plaie la partie supérieure qui est saine encore. On trouve dans le péritoine un peu de liquide citrin. On avait, au préalable, posé une série de pinces sur tout le pourtour de la plaie péritonéale, afin d'empêcher le décollement du péritoine pariétal.

Enfin, on suture ensemble avec du fil N° 3 : 1° une portion de l'épaisseur de la paroi antérieure du côlon, en ayant grand soin de ne pas pénétrer, autant que possible, dans sa cavité ; 2° le péritoine ; 3° la peau. Une fois la collerette de suture terminée, on enlève au thermo-cautère un lambeau circulaire de la paroi antérieure du côlon ; lambeau limité de tous côtés par les sutures, mais s'arrêtant à un demi-centimètre environ de chacune d'elles. L'intestin ouvert, il sort quelques matières fécales à peu près molles, et l'éperon vient faire saillie.

Il y a eu très peu d'hémorrhagie, et M. Tédenat termine l'opération en roussissant les bords de la plaie au thermocautère.

Comme pansement : de l'iodoforme, de la gaze iodoformée sur la plaie, du coton tout autour ; et enfin, par dessus tout, une couche d'ouate et une bande.

On réconforte le malade avec : teinture thébaïque, liqueur d'Hoffmann et élixir de Garus.

1er juin. 37°5 ; 37°4. P. 100. La malade a vomi une fois pendant la nuit. Elle avait une rétention d'urine depuis 14 heures, mais enfin, elle a uriné deux fois cette nuit. On essaye de pratiquer le cathétérisme, mais il est impossible, la sonde s'arrêtant à 1 cent. environ du méat, retenue probablement par une valvule. La malade a peu souffert de la plaie, n'a pas rendu de matières par l'anus artificiel. L'éperon fait saillie. M. Tédenat prescrit : eau gazeuse glacée ; lait glacé.

2. 38° ; 37°6. La journée d'hier a été bonne ; la nuit aussi, et la malade n'a pas vomi. Pouls nerveux, langue blanche, pas de coliques.

Pas de matières rendues par la plaie.

3. 38°5 ; 37°7. Pas de matières rendues. Il y a eu un peu d'écoulement liquide par l'anus périnéal. On voit sur l'éperon gonflé et hernié un petit lambeau muqueux.

4. 37°3 ; 37°4. Toujours pas de matières, mais la malade a rendu beaucoup de gaz par l'anus iliaque. L'état général est excellent. Comme la langue est blanche, M. Tédenat prescrit 0,40 centigr. de calomel et 0,60 centigr. de scammonée à prendre le lendemain matin. La malade a ses règles, aujourd'hui ; elle ne les avait pas eues depuis deux mois.

L'analyse des urines de 24 heures, faite par M. Rauzier, interne des hôpitaux, donne :

Couleur : ambrée, claire.
Quantité : 1350 gr.
Réaction : faiblement acide.
Densité : 1011.
Urée : 9,34 par litre = 12,6 par 24 heures.
Chlorure : 8,3 par litre = 11,275 par 24 heures.
Albumine : 0,50.
Sucre : 0.

Dépôt abondant composé de globules blancs, mucus, cellules épithéliales, isolées ou agglutinées ; pas de cylindres granuleux.

5 juin. 37°7 ; 37°3. N'a pas vomi son purgatif, mais a des nausées. N'est pas allée du corps, bien qu'elle ait pris le purgatif depuis 2 heures.

6. 37°5 ; 37°. Est allée très abondamment par l'anus iliaque, sans cependant trop souffrir. Pas d'inflammation. Prescriptions : tapioca, filet.

7. 37°4 ; 36°7. Bonne journée, hier ; bonne nuit.

8. 37° ; 37°. Défèque abondamment et souffre, ce matin, de coliques. Ablation, peut-être un peu tardée, des points de suture. La suture a lâché, en effet, à la partie externe sur 2 cent. de pourtour, ce qui explique les douleurs. La malade sent des coliques une minute environ avant de déféquer.

9. 37° ; 37°. La malade va bien ; rien d'anormal dans la plaie.

10. Diarrhée ; est allée à la selle deux ou trois fois dans la journée ; très peu de glaires par l'anus normal ; la malade, qui se sent très soulagée, peut être portée sur un canapé.

11. La diarrhée a continué, et M. Tédenat prescrit de l'eau de Vals.

12. La diarrhée persiste toujours ; elle a quatre selles

depuis hier. Malgré cela, la malade va bien et ne souffre pas.

13. Deux selles depuis hier.

14. Deux selles moulées ; érythème tout autour de la plaie. Pommade à l'oxyde de zinc. Ne retient pas encore les matières.

15. Journée bonne, nuit bonne ; rien d'anormal.

16. La malade, qui se trouve bien, peut se lever et même marcher.

17. Un peu de diarrhée; est allée trois fois à la selle.

18. Rien d'anormal.

19. Une selle semi-solide. La malade sent des coliques au moment d'aller à la selle ; mais elle ne peut retenir ses matières. Il s'écoule quelques glaires par l'anus normal. L'état général est excellent.

20. Toujours état généralement bon.

21. La malade a rendu par le rectum quelques matières solides et cela avec des douleurs assez vives. Cette émission de matières solides a été suivie d'un écoulement glaireux. Il se peut que le passage des matières dans le bout inférieur de l'intestin ait été favorisé par le pansement compressif et peu absorbant. M. Tédenat croit qu'il s'agit de l'élimination des matières stationnant dans le rectum depuis l'opération. Il introduit deux sondes en gomme dans les deux bouts de l'intestin et lave le rectum en faisant passer de l'eau boriquée tiède de haut en bas. L'éperon est très bien réussi et la plaie réduite à 2 centimètres.

On fait, aujourd'hui, un pansement non compressif.

22. 38°6 ; 36°7. Langue sale. Hier, douleurs dans la fosse iliaque droite et au niveau du creux de l'estomac. Pas de vomissement ; pas d'épistaxis, ni de douleurs lombaires. Cependant abattement. M. Tedenat prescrit 0,50 centigr. de sulfate de quinine et de l'eau de Vals.

A partir de ce jour, apyrexie complète. La malade se lève dès le lendemain et marche sans douleur. Elle fait construire un appareil destiné à recueillir les matières fécales qui peuvent sortir pendant la journée : c'est un vaste godet en caoutchouc durci, facile à laver, à rebords garnis de caoutchouc mou (destinés à éviter de blesser l'abdomen). Cet appareil se fixe par une ceinture et un sous-cuisse gauche.

Les jours qui suivent, les matières fécales passent, en partie et à certains moments, par le bout inférieur. La malade souffre alors de coliques. L'éperon fait saillie légère dans la station debout.

Enfin, on applique l'appareil le 29 juin, et la malade sort le 30. Elle a un état général bon et peut vivre de la vie commune sans être trop incommodée par son infirmité.

Nous avons revu, à plusieurs reprises, M^me^ C... Elle a repris de belles couleurs, de l'embonpoint et, la dernière fois que nous lui avons causé, en novembre 1888, elle nous a assuré qu'elle allait bien, n'était nullement gênée par son infirmité, qui nécessitait quelques soins de propreté le matin seulement et ne l'occupait plus de tout le reste de la journée.

La malade a été revue par M. Tédenat, ces jours derniers, (3 décembre) dans l'état suivant : santé générale excellente, bon appétit, digestion régulière. Elle va à la selle ordinairement une fois par jour, sans douleur, sans effort, éprouvant le besoin quelques instants avant l'éruption et ayant le temps de s'y préparer, ce qui lui permet d'aller dans le monde et au théâtre.

Autour de l'anus artificiel, il n'y a ni rougeur, ni érythème; pas de prolapsus de la muqueuse intestinale. Tous les jours, lavement du rectum, par lequel ne passent aucunes matières fécales; la sécrétion muco-purulente a notablement diminué et la lumière du rectum se rétrécit de plus en plus.

CONCLUSIONS

I. Dans le cas de cancer du rectum :

1° Nous admettons, avec l'école allemande, que : lorsque la tumeur est parfaitement limitée par le toucher, lorsque les organes voisins ne sont pas encore atteints et que les matières passent assez librement à travers l'anus normal, il faut pratiquer non la colotomie, mais l'ablation totale du néoplasme ;

2° Mais, au contraire, lorsque la disposition de la tumeur produit une obstruction et arrête, par suite, le cours des matières, il faut faire précéder l'extirpation du carcinome d'une opération palliative, destinée à débarrasser le tube intestinal et à prévenir les complications septiques et inflammatoires qui pourraient, par la suite, résulter du contact de la plaie et des matières fécales ;

3° La méthode palliative sera la seule à employer lorsqu'on aura affaire à une tumeur placée trop haut sur le tube digestif pour qu'il soit possible de l'atteindre ou bien lorsque cette dernière aura envahi les organes voisins et qu'on aura affaire à un cancéreux *totius substanciæ*.

II. Lorsqu'un malade est atteint d'imperforation anale ou d'obstruction intestinale, il est voué à une mort certaine si un anus artificiel ne vient lui permettre d'évacuer ses matières fécales.

III. La colotomie iliaque non seulement n'est pas plus dangereuse que la colotomie lombaire, mais elle est, au contraire, beaucoup plus facile, ce qui devra engager l'opérateur à la préférer à cette dernière.

IV. Le procédé de Nélaton, avec des modifications apportées par M. Verneuil, devra être mis en pratique pour l'opération de Littre, car il a sur les autres méthodes de très grands avantages; d'abord, de créer un éperon et de forcer ainsi le bol fécal à passer tout entier par l'anus artificiel, ensuite de laisser le bout intermédiaire accessible au niveau de l'anus actif, de façon à pouvoir le débarrasser par des lavages des matières qui s'y produisent ; et enfin, de combattre le rétrécissement avec quelques chances de succès, grâce à l'obliquité donnée à la direction de l'incision.

V. Dans le cas de cancer du rectum, le chirurgien devra faire l'incision un peu plus haut que le point indiqué par M. Verneuil pour pouvoir tomber sûrement sur une partie saine du côlon.

VI. Le prolapsus de l'intestin et l'issue continuelle des matières fécales seront combattus avec succès par des appareils spéciaux.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 7 décembre 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 6 décembre 1888.
Le Doyen,
CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !